

MÜOKARDIINFARKTIREGISTRI (MIR)
ARUANNE
2013

SISUKORD	2
1. SISSEJUHATUS	3
2. MIR FINANTSEERIMINE JA TEADUSNÕUKOGU	4
3. KASUTATUD LÜHENDID	4
4. ÄGEDA MÜOKARDIINFARKTI (ÄMI) HAIGETE PÕHINÄITAJAD	5
Joonis 1. ÄMI Patsientide vanuseline jaotus vastavalt soole	5
Joonis 2. ÄMI jaotus alatüübiti	6
Joonis 3. Varasemate südame-veresoonkonnahaiguste esinemissagedus ÄMI patsientidel ...	7
Joonis 4. Südame-veresoonkonnahaiguste riskitegurite esinemissagedus ÄMI patsientidel .	7
Joonis 5. ÄMI patsientide haiglaeelsed viivitused	8
Joonis 6. ÄMI patsientide prevaleeruvad kliinilised tunnused vastuvõtus vastavalt soole .	9
5. ÄGEDA MÜOKARDIINFARKTI (ÄMI) HAIGETE KÄSITLUS	10
5.1. Ravimite kasutamine haiglaperioodil	10
Joonis 7. Antiagregantide ja antikoagulantide kasutamine haiglaperioodil	10
Joonis 8. Muude ravimite kasutamine haiglaperioodil	11
5.2. ÄMI patsientidele tehtud uuringud ja revaskulariseerimine	11
Joonis 9. ÄMI patsientidele haiglaperioodil tehtud uuringud ja revaskulariseerimine	12
Joonis 10. Kahjustatud koronaararterite arv ÄMI haigetel	13
Joonis 11. Koronaarangiograafia ja revaskulariseerimine ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti (STEMI) patsientidel haiglaperioodil	14
Joonis 12. Koronaarangiograafia ja revaskulariseerimine ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkti (NSTEMI) patsientidel haiglaperioodil	14
5.3. Reperfusioonravi ST-segmendi elevatsiooniga infarkti korral	15
Joonis 13. Haiglaperioodil kasutatud reperfusioonravi meetodid selekteeritud STEMI patsientidel	16
5.4. ÄMI patsientide tüsistused haiglaperioodil	17
Joonis 14. ÄMI tüsistused haiglaperioodil	17
5.5. ÄMI patsientide ambulatoorse ravi soovitusel	18
Joonis 15. Ravimite soovitamise ambulatoorseks raviks ÄMI korral	18
KOKKUVÕTE	19

1. Sissejuhatus

Südame-veresoonkonna haigused, kaasa arvatud müokardiinfarkt, on jätkuvalt nii Eestis kui maailmas üks peamisi surma põhjuseid. ÄMI ravi edukus sõltub suuresti patsiendi haiglasse jõudmise kiirusest ning kaasaegsete ravimeetodite rakendamisest. Kõige kaasaegsemat ja efektiivsemat ÄMI ravi saab osutada ainult suurtes ravikeskustes. Tänapäevaseks eesmärgiks on pakkuda kõigile patsientidele võrdseid ravivõimalusi, selle eelduseks on koostöövõrgustik kõigi raviasutuste vahel, kuhu ÄMI patsiendid võivad sattuda. Riiklik Müokardiinfarktiregister on mõeldud eelkõige selleks, et parandada müokardiinfarkti diagnostikat ja ravikvaliteeti Eestis ning aidata kaasa ÄMI patsientide suremuse vähendamisele.

Antud aruanne on alates 1. jaanuarist 2012 loodud riikliku müokardiinfarktiregistri (MIR) teine Eesti ÄMI andmeid kajastav aruanne. Riikliku müokardiinfarktiregistriga on liitunud 21 Eesti tervishoiuteenuste osutajat (TTO). 2013. aastal teatas ägeda müokardiinfarktijuhtudest oma raviasutuses 19 TTO-d:

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla,
SA Tartu Ülikooli Kliinikum,
AS Ida-Tallinna Keskhaigla,
SA Ida-Viru Keskhaigla,
SA Pärnu Haigla,
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla,
SA Narva Haigla,
SA Viljandi Haigla,
Lõuna-Eesti Haigla AS,
Kuressaare Haigla SA,
AS Järvamaa Haigla,
AS Põlva Haigla,
AS Rakvere Haigla,
AS Valga Haigla,
SA Jõgeva Haigla,
Hiiumaa Haigla SA,
Läänemaa Haigla SA,
Rapla Maakonnahaigla SA,
AS Fertilitas.

2014 aasta 10. novembri seisuga oli registrile esitatud 2558 infarktijuhtu kohta 2896 kinnitatud teatist.

Aruandes on esitatud ägeda müokardiinfarktiga (Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni RHK-10 järgi diagnoosikoodid I21–I22) patsientide põhinäitajad ja ravikvaliteedi näitajad. Haiglatele esitatakse konkreetse haigla aruanne ja võrdlus registri keskmisega. Müokardiinfarktiregistri koondaruanded on leitavad registri kodulehelt www.infarkt.ee.

2. MIR finantseerimine ja Teadusnõukogu

Müokardiinfarktiregistri pidamist finantseeritakse EV Sotsiaalministeeriumile kui MIR vastutavale töötlejale selleks otstarbeks riigieelarvest eraldatud vahenditest. Eesti Kardioloogide Seltsi soovitusel on Sotsiaalministri käskkirjaga nr 175, 26.11.2012 moodustatud MIR Teadusnõukogu, mis nõustab MIR vastutavat töötlejat, jälgib registri tööd ning aitab kaasa selle arendamisele ja müokardiinfarktiga patsientide käsitluse parandamisele riiklikul tasandil.

3. Kasutatud lühendid

AHT = arteriaalne hüpertensioon

AKEi = angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor

AKŠ = aortokoronaarne šunteerimine

ARB = angiotensiin II retseptori antagonist

GP IIB/IIIa inh = glükoproteiini IIB/IIIa retseptori inhibiitor

Mehh kompl = mehhaanilised komplikatsioonid

MMH = madalmolekulaarne hepariin

MIR = müokardiinfarktiregister

NSTEMI = ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkt

NYHA = New York Heart Association (südamepuudulikkuse klassifikatsioon)

PAH = perifeersete arterite haigused

PKI = perkutaanne koronaarinterventsioon

KSP = krooniline südamepuudulikkus

SKG = koronaarangiograafia

STEMI = ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkt

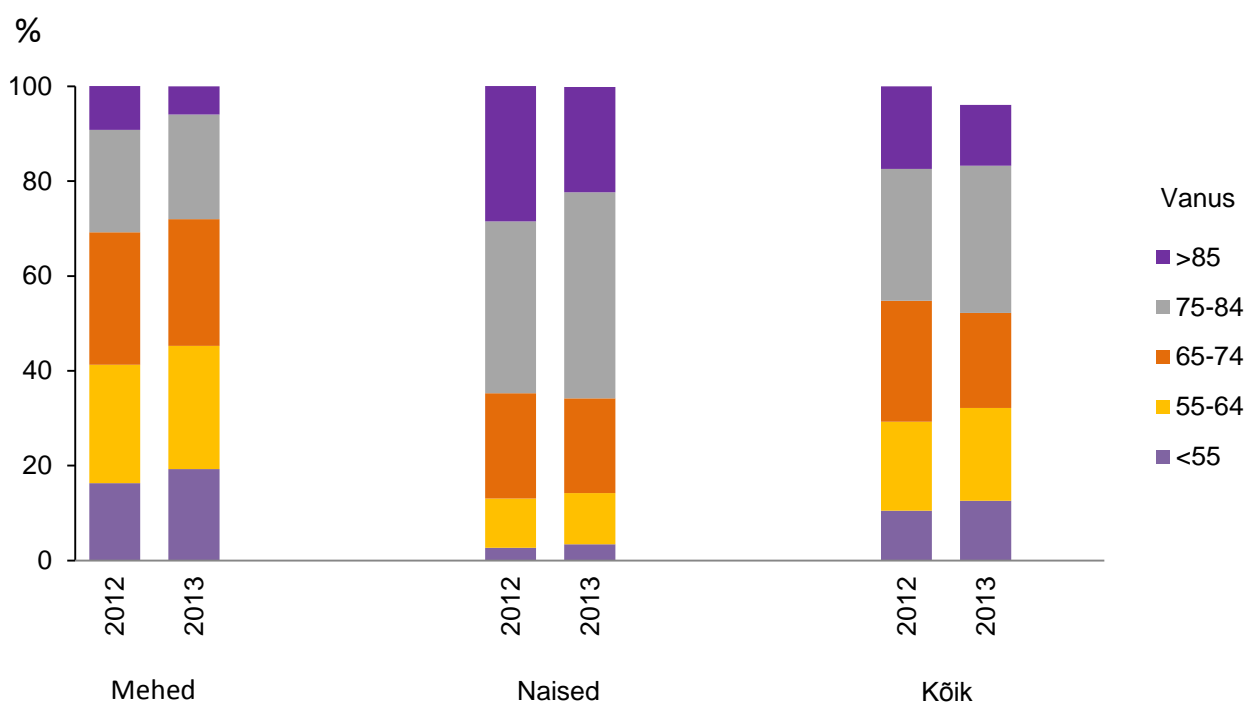
TTO = tervishoiuteenuste osutaja

ÄMI = äge müokardiinfarkt

4. Ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) haigete põhinäitajad

ÄMI patsientidest ligi 2/3 olid sarnaselt 2012. aastaga ka 2013. aastal mehed ja 1/3 naised (2013.a. vastavalt 58,0% ja 42,0%). ÄMI patsientide vanuseline jaotus on toodud joonisel 1.

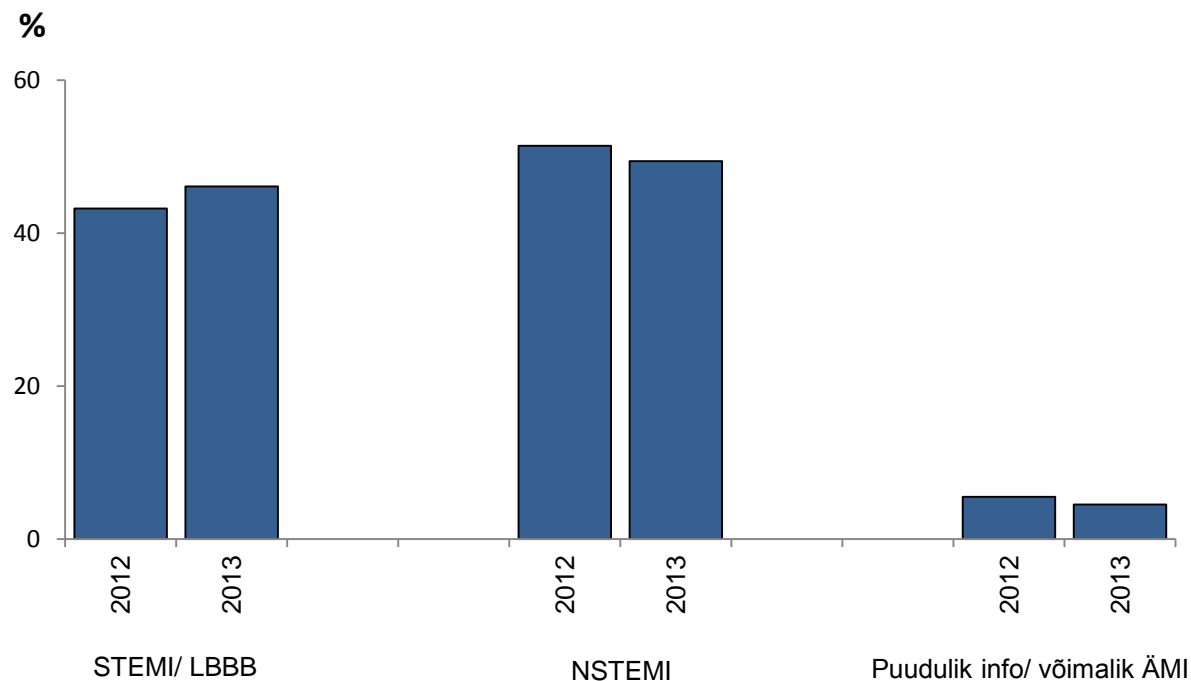
ÄMI patsientide keskmine vanus oli $70,8 \pm 12,7$ a. (mediaan 72,7 a.). ÄMI meespatsientide keskmine vanus oli $66,5 \pm 12,4$ a. (mediaan 66,6 a.), naispatsientidel $76,8 \pm 10,4$ a. (mediaan 78,1 a.). Noorim ÄMI patsient 2013. aastal oli 22-aastane, vanim 101-aastane (meestest vastavalt 22- ja 96-aastane; naistest 22- ja 101-aastane). Keskmine ÄMI patsient oli 2013. aastal 1 aasta võrra noorem kui 2012. aastal. Samuti nagu 2012. aastal oli ka 2013. aastal alla 55-aastane ÄMI patsient valdavalt mees. ÄMI naispatsientidest ligi 2/3 olid 75-aastased ja vanemad.



Joonis 1. ÄMI patsientide vanuseline jaotus vastavalt soole

46,1% kõigist ÄMI juhtudest moodustasid ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarktid (STEMI/LBBB), 49,4% ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarktid (NSTEMI) ja 4,5% juhtudest ei olnud võimalik teatiste alusel ÄMI alatüüpi määrata (joonis 2).

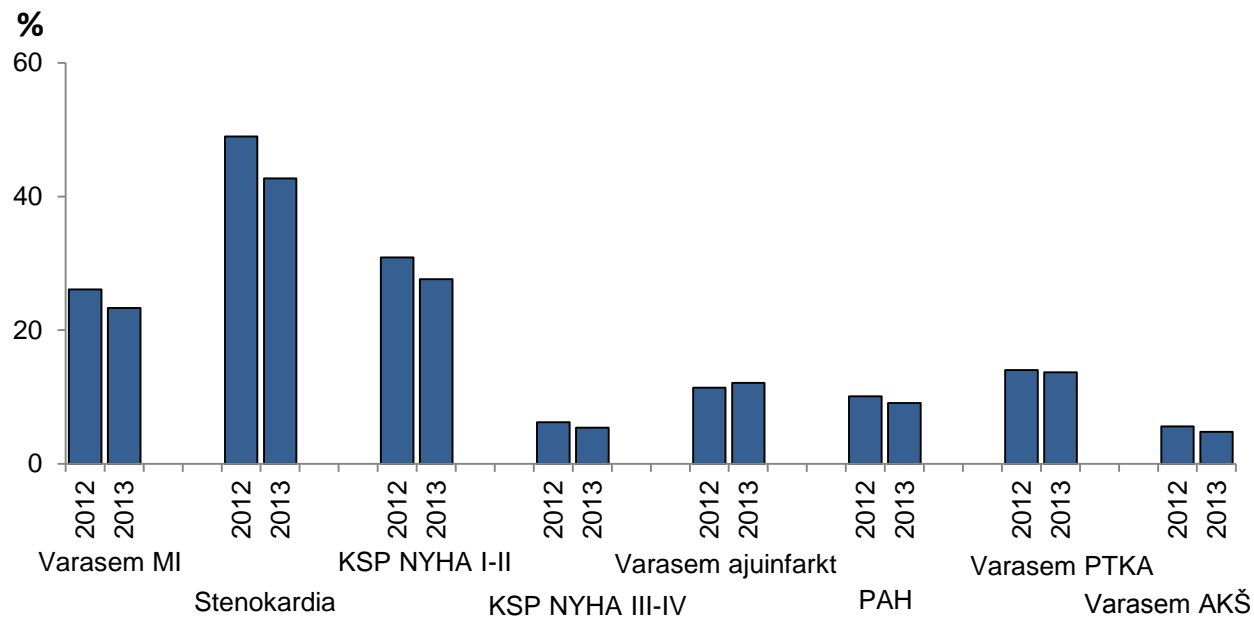
Võrreldes 2012. aastaga on pisut vähenenud ÄMI alatüübi osas puuduliku infoga teatiste osakaal. 2012.a. täheldatud tendents ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkti osakaalu suurenemise ja ST-elevatsiooniga müokardiinfarkti osakaalu vähenemise suunas pole jätkunud.



Joonis 2. ÄMI jaotus alatüübiti

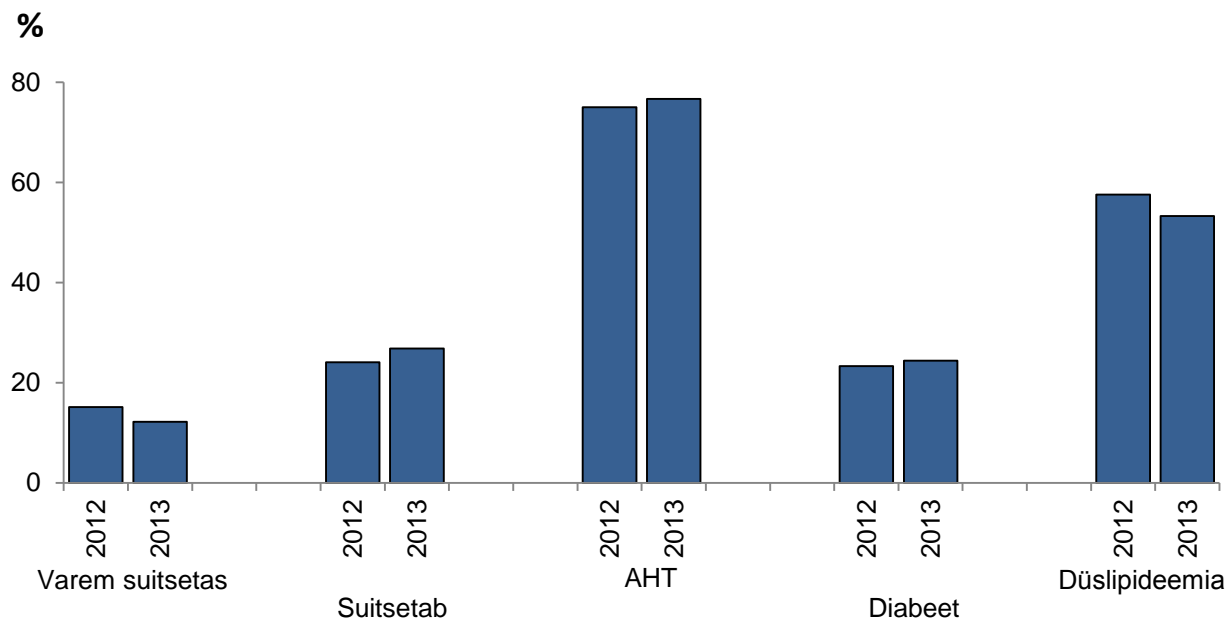
Rohkem kui üks neljandik (28,1%) 2013. a. ravitud ÄMI patsientidest olid suunatud teisest raviasutusest edasiseks diagnostikaks ja raviks piirkondlikesse haiglatesse. Erinevates haiglates täidetud teatise osade liitmine võimaldas jälgida täielikumalt patsiendi ravi kulgu, ja tõi esile erinevate TTOde erinevused ja vead teatiste täitmisel. Jätkuvalt võib näha olulisi erinevusi ja vigu teise raviasutusse üleviidud patsientide teatiste täitmisel (s.h. täpse müokardiinfarkti tekkeaja ja varasema kardiovaskulaarse anamneesi osas).

Joonis 3 näitab varem diagnoositud südame-veresoonkonnahaiguste ja joonis 4 südame-veresoonkonnahaiguste riskitegurite suhtelist sagedust 2013. aasta ÄMI patsientidel. Korduv südamelihase infarkt esines 23,3%-l ÄMI juhtudest (joonis 3). Kolmveerandil ÄMI patsientidest (76,7%) oli kaasuvana hüpertensioon ja rohkem kui pooltel (53,3%) düslipideemia. Diabeeti esines pisut vähem kui neljandikul (24,4%) juhtudest (joonis 4). Teadmata vastuste osakaal 2013. aasta teatistes oli osade riskitegurite (näiteks diabeedi ja hüpertensiooni) osas alla 5 %, mõnede tunnuste osas ületas teadmata vastuste protsent aga 10 % piiri (düslipideemia 16,2%, perifeersete arterite haigused 14,0%, krooniline südamepuudulikkus 13,5%, stenokardia 13,0%).



Joonis 3. Varasemate südame-veresoonkonnahaiguste esinemissagedus ÄMI patsientidel

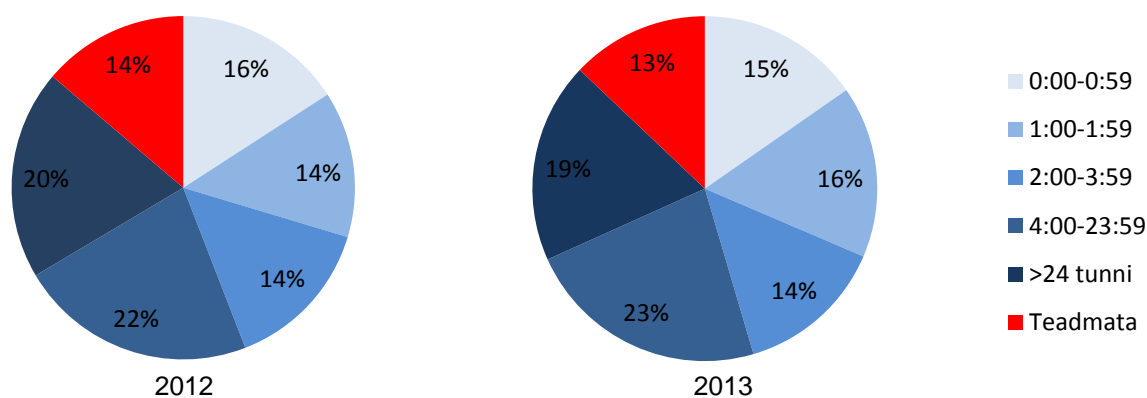
MI – müokardiinfarkt; KSP – krooniline südamepuudulikkus; PAH – perifeersetes arterites haigus; PKI - perkutaanne koronaarinterventsioon; AKŠ – aortokoronaarne šunteerimine



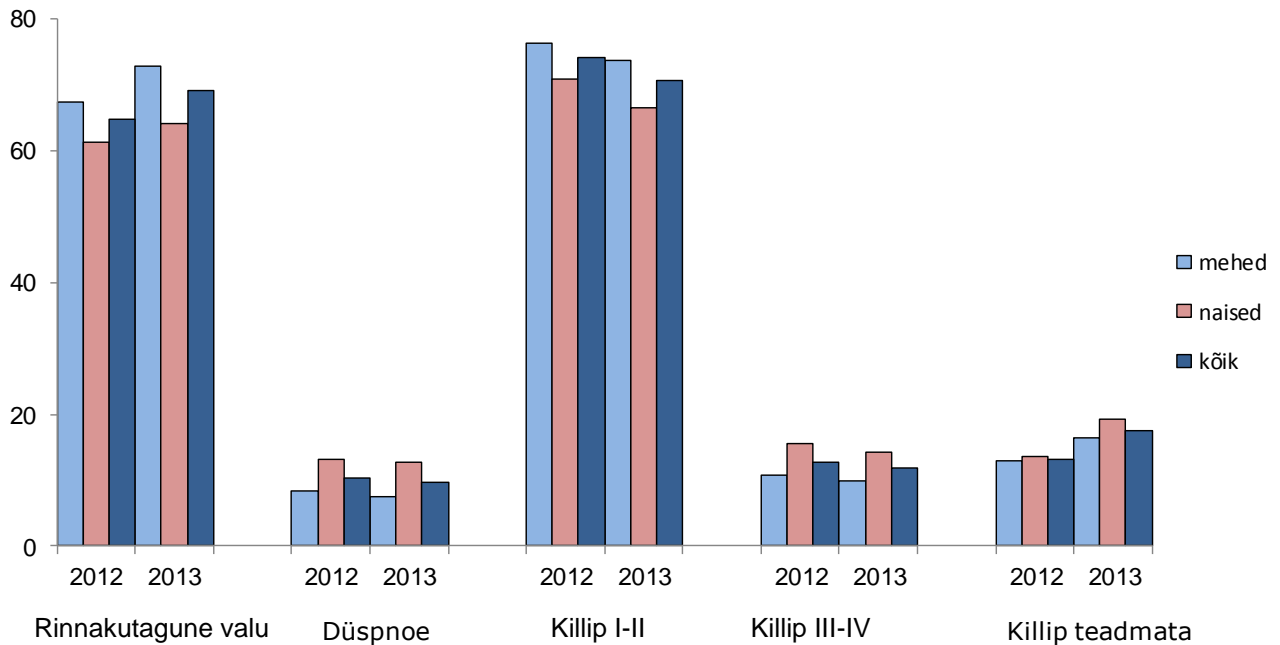
Joonis 4. Südame-veresoonkonnahaiguste riskitegurite suhteline sagedus ÄMI patsientidel

AHT-arteriaalne hüpertensioon

Joonisel 5 on toodud ÄMI patsientide haiglaeelse viivituse ajalised jaotised. Sarnaselt 2012. aastaga oli ka 2013. aastal viivitus sümptomite algusest esmase meditsiinilise kontaktini (näit. kiirabi saabumiseni) ainult u 1/3 ÄMI patsientide (31,4%) puhul lühem kui 2 tundi, rohkem kui pooltel juhtudel oli see aeg aga oluliselt pikem. Rohkem kui 1/10 patsientide (12,9%) puhul jäi haiglaeelse viivituse aeg teadmata.



Joonis 5. ÄMI patsientide haiglaeelsed viivitused (t:min)



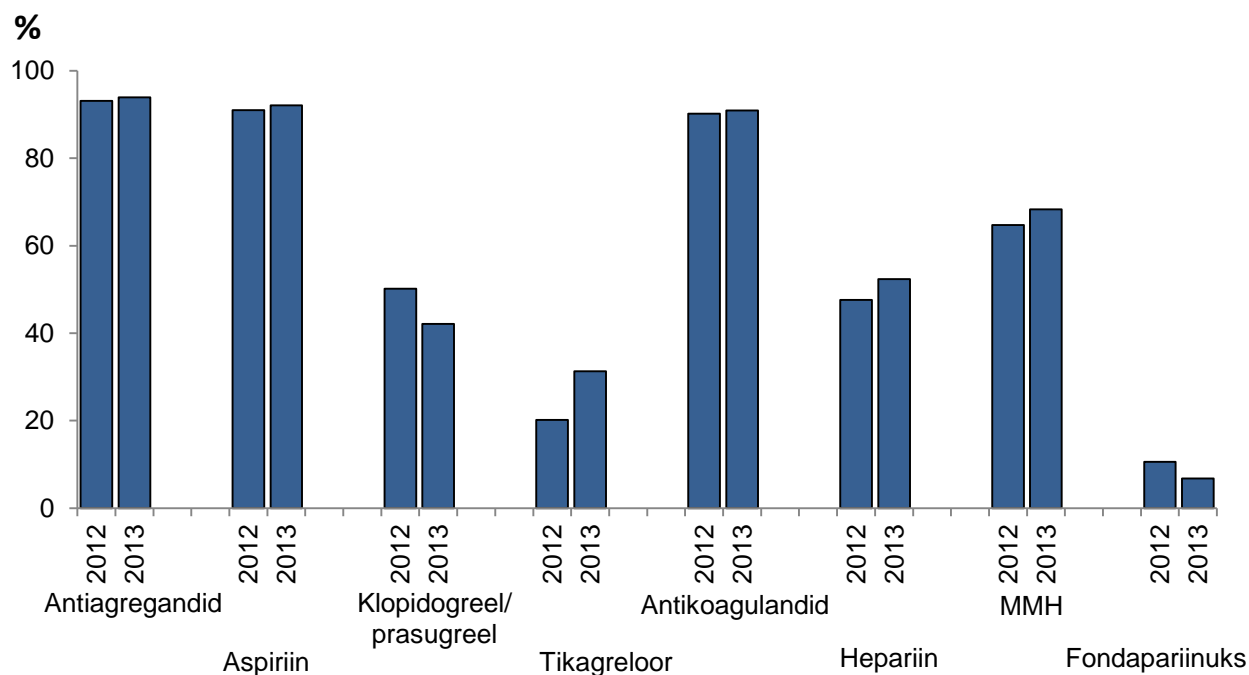
Joonis 6. ÄMI patsientide prevaleeruvad kliinilised tunnused haigla vastuvõtus vastavalt soole

Ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) diagnoos põhineb patsiendi kliinilistel tunnustel, mida toetavad elektrokardiograafiliste (EKG), pildidiagnostiliste, biokeemiliste ja/või patoloogiliste uuringute tulemused. MIR andmete põhjal näeme, et 69%-l ÄMI patsientidest esinevad tüüpilised stenokardilised kaebused. Haiglasse saabumisel esineb 11,8%-l ÄMI haigetest kopsuturse või kardiogeenne šokk (Killip III-IV, vt joonis 6). Samas jäi Killipi klass teadmata rohkem kui kümnel protsendil ÄMI juhtudel (17,6% vs 17%-l 2011. ja 13%-l 2012.aastal). ÄMI naispatsientidel esines haiglasse vastuvõtmisel mõnevõrra sagedamini ÄMIle ebatüüpilisi kliinilisi tunnuseid (düspnoe naispatsientidest 12,7% vs meespatsientidest 7,6%-l) ja nende seisund oli raskem võrreldes meespatsientidega (Killip III-IV naispatsientidest 14,2%, meespatsientidest 10%). See võib olla seotud naispatsientide kõrgema keskmise vanusega.

5. Ägeda müokardiinfarkti (ÄMI) haigete käsitus

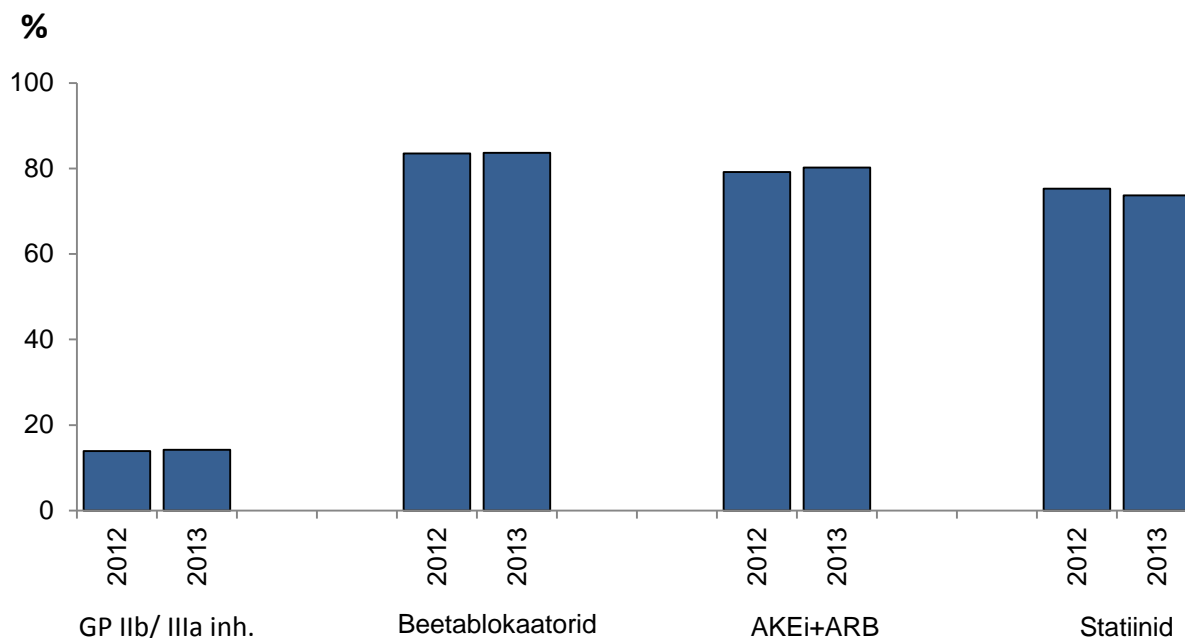
5.1. Ravimite kasutamine haiglaperioodil

Ravijuhendites soovitatud ravimite kasutamise sagedust haiglaperioodil näitavad joonis 7 ja joonis 8. Sarnaselt 2012. aastale kasutati haiglaperioodil rohkem kui 90%-l (93,8%) ÄMI patsientidest nii antiagregante (aspiriini ja/või klopidogreeli/prasugreeli/tikagreloori) kui antikoagulante (hepariini ja/või madalmolekulaarset hepariini ja/või fondapariinuksit) (joonis 7). Sealjuures 2013. aastal kasutati tikagreloori sagedamini kui 2012. aastal (vastavalt 31,3% vs 20,2%), fondapariinuksit aga 2012. aastaga võrreldes veidi vähem (6,8% vs 10,6%). Samuti vähenes 2013. aastal veelgi prasugreeli kasutamine (0,2%, 2012.a. vastavalt 0,3%). Beetablokaatorite kasutamine haiglaperioodil oli sarnane eelmise aastaga (83,7%; 2012. aastal 83,5%). Võrreldes eelmise aastaga ÄMI patsientide haiglaperioodi ravis AKEi/ARBide kasutamine (joonis 8) suurenes minimaalselt (80,2% 2013.a. vs 79,2% 2012.a.), statiinide kasutamine aga veidi vähenes, jäädes alla 75% (73,7% vs 75,3% 2012.a.).



Joonis 7. Antiagregantide ja antikoagulantide kasutamine haiglaperioodil

MMH – madalmolekulaarne hepariin

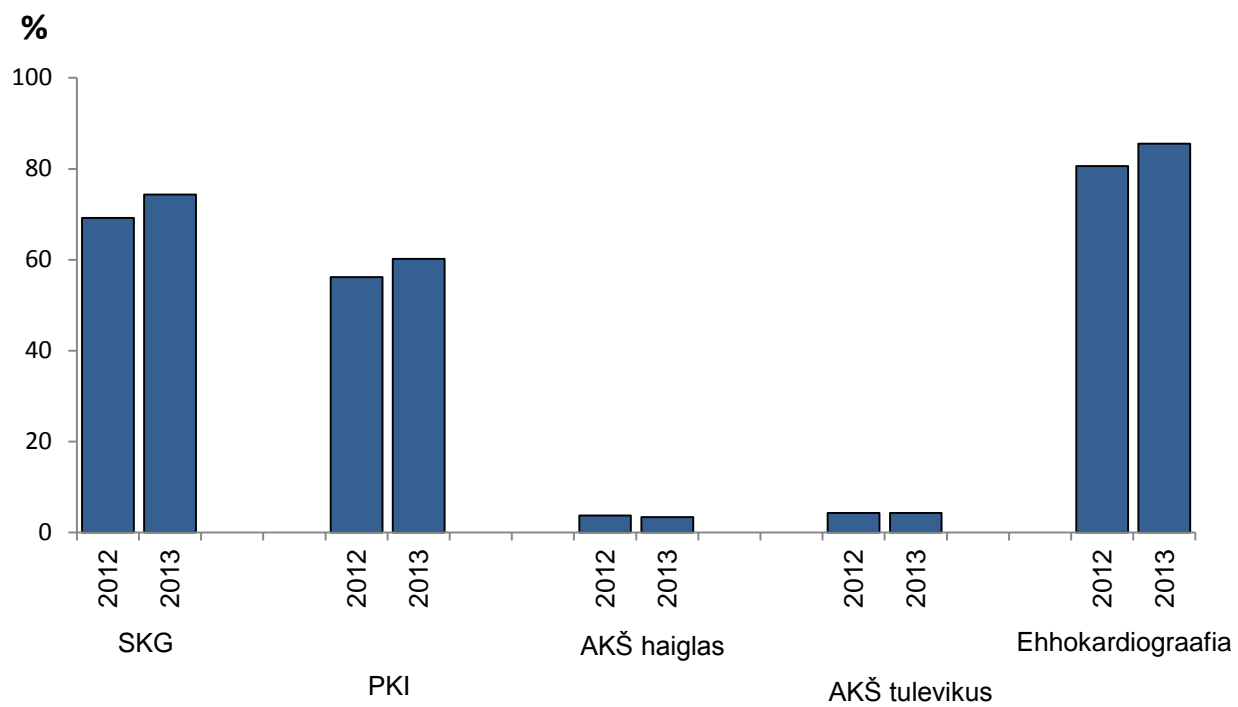


Joonis 8. Muude ravimite kasutamine haiglaperiodil

GP IIb/IIIa inh. – glükoproteiin IIb/IIIa retseptorite inhibiitor;
AKEi – angiotensiini konverteeriva ensüümi inhibiitor; **ARB** – angiotensiin II retseptori blokaator

5.2. ÄMI patsientidele tehtud uuringud ja revaskulariseerimine

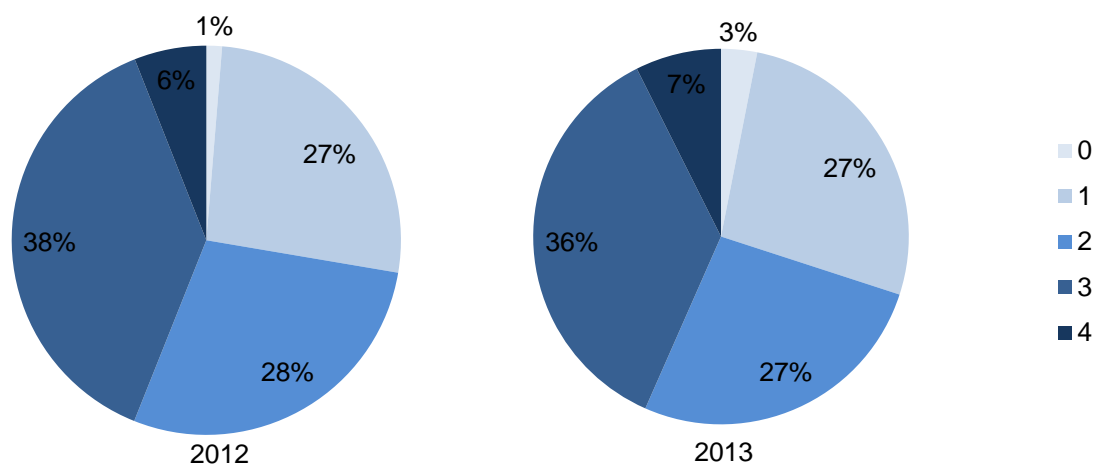
Haiglaperiodil teostati rohkem kui 2/3 ÄMI haigetest (74,3%) koronaarangiograafia ja rohkem kui pooltel (60,2%) perkutaanne koronaarinterventsioon (PKI). Valdavale osale haigetest tehti ehokardiograafiline uuring (88,8%) (vt joonis 9). Aortokoronaarne šunteerimine teostati 7,7%-l juhtudest. Uuritud ja revaskulariseeritud ÄMI patsientide osa on võrreldes 2012. aastaga suurenenud (2012.a. teostati SKG 69,2%-l, ehokardiograafia 80,6%-l ja PKI 56,2%-l).



Joonis 9. ÄMI patsientidele haiglaperioodil tehtud uuringud ja revaskulariseerimine

**SKG – koronaarangiograafia; PKI – perkutaanne koronaarinterventsioon;
AKŠ – aortokoronaarne šunteerimine**

Rohkem kui pooltel ÄMI patsientidest (62,6%) on kahjustatud 2-3 koronaararterit (vt joonis 10). Koronaarangiograafia näitas, et 3,1% patsientidest olid oluliselt kahjustamata koronaararteritega (sh neist vähem kui 1/3 (0,7%) juhtudel oli pärgarterite valendik normaalne).

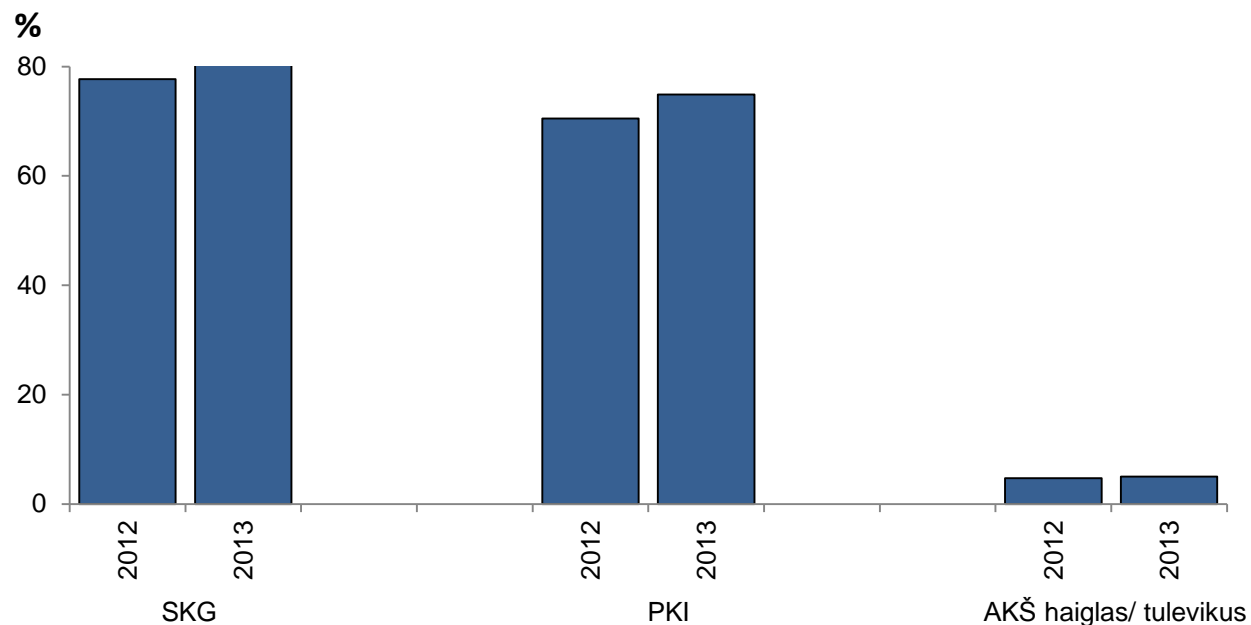


Joonis 10. Kahjustatud koronaararterite arv ÄMI haigetel

Kahjustatud koronaararterite arv näitab, mitmel pärgarteril on diameeter vähenenud rohkem kui 50% (stenoosi hinnang koronarogrammi alusel).

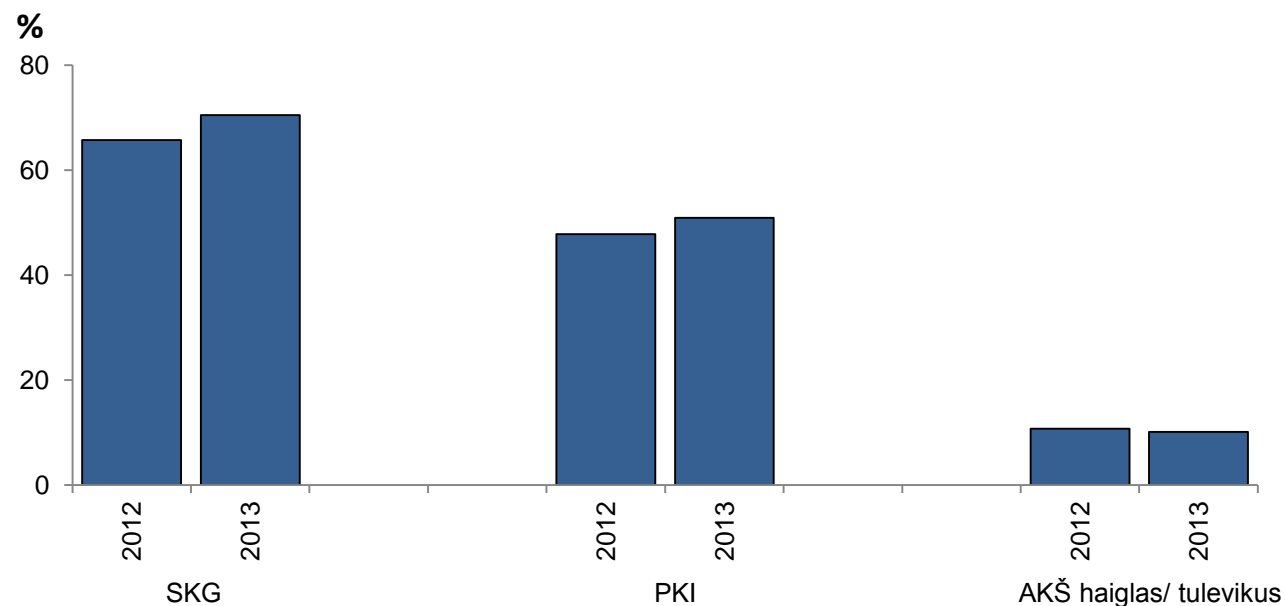
Koronaarangiograafia teostamise sagedus ja erinevate revaskulariseerimismeetodite (perkutaanne koronaarinterventsioon ja/või aortokoronaarne šunteerimine) rakendamise osakaal erineva ÄMI alatüübiga patsientidel (ST-segmendi elevatsiooniga või ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkt) on kajastatud joonistel 11 ja 12.

Rohkem kui 3/4 STEMI (83,4%-l) ja 2/3 NSTEMI patsientidest (70,5%-l) teostati 2013.a. koronarograafia. STEMI patsientidest 74,9% ja NSTEMI patsientidest 50,9% rakendati ravimeetodina perkutaanset koronaarinterventsiooni. Võrreldes 2012. aastaga võib nii STEMI kui NSTEMI patsientidel täheldada ca 5 % suuremat koronaarangiograafia kasutamist (2012.a. oli vastav protsent STEMI patsientidel 77,7% ja NSTEMI patsientidel 65,7%). Ka perkutaanse koronaarinterventsiooni rakendamist kasutati ÄMI patsientidel pisut sagedamini, kuid suurenemine ei ulatunud võrreldes eelmise aastaga ei STEMI ega NSTEMI patsientidel 5%ni (vastavad protsendid 2012.a. 70,5% ja 47,8%). AKŠ kasutamises oli muutused varasemaga võrreldes veelgi väiksemad (2013.a. AKŠ haiglas/ tulevikus 5,0% STEMI ja 10,2% NSTEMI patsientidest; 2012.a. olid vastavad arvud 4,7% ja 10,7%), sealjuures NSTEMI patsientide puhul vähenemise suunas.



Joonis 11. Koronaarangiograafia ja revaskulariseerimine ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti (STEMI) patsientidel haiglaperoodil

SKG – koronaarangiograafia; PKI – perkutaanne koronaarinterventsioon; AKŠ – aortokoronaarne šunteerimine



Joonis 12. Koronaarangiograafia ja revaskulariseerimine ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkti (NSTEMI) patsientidel haiglaperoodil

SKG – koronaarangiograafia; PKI – perkutaanne koronaarinterventsioon; AKŠ – aortokoronaarne šunteerimine

5.3. Reperfusioonravi ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti korral

ST-segmendi elevatsiooniga müokardiinfarkti (STEMI) haiged on aegkriitilised. Nende patsientide puhul on eriti oluline tänapäevaste ravivõtete alustamise kiirus ja kvaliteet, kuna sellest sõltub müokardi säilimine ning patsiendi edasine prognoos nii elulemuse kui tüsistuste osas. Seetõttu pööratakse STEMI haigete käsitlemisele kogu maailmas suurt tähelepanu. Hindamaks täpsemalt STEMI reperfusioonravi kvaliteeti kaasati analüüsi haigusjuhud, mis selekteeriti kiire reperfusioonravi näidustuste olemasolul, s.t. järgmistel tingimustel:

- 1) lõpp-diagnoos on STEMI;
- 2) haiglaeelne viivitus ≤ 12 h;
- 3) ataki aeg on teada;
- 4) patsient ei ole üle toodud teisest haiglast.

Antud kriteeriumitele vastas kõigest STEMI juhtudest vaid 527 (44,7%), neist 86,9% puhul rakendati reperfusioonravi (primaarne angioplastika või trombolüüs) (joonis 13). Samas rohkem kui poolte (55,0%) STEMI patsientide puhul pole meil tegelikult võimalik korrektselt hinnata reperfusioonravi kiirust, st ravikvaliteeti.

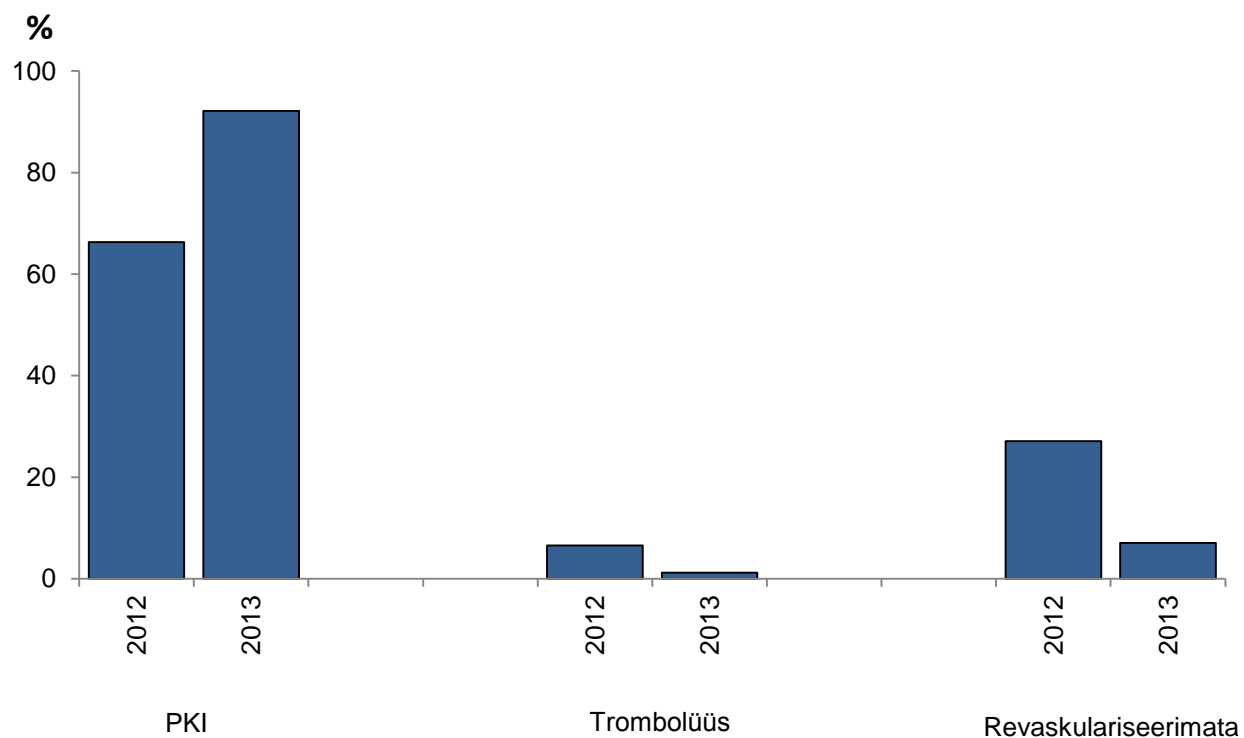
Ravikvaliteedi hinnangut võimaldava selekteeritud STEMI juhtude varasemaga võrreldes veelgi väiksem osakaal on osaliselt seotud asjaoluga, et veelgi on suurenenud piirkondlikesse haiglatesse ületoodud patsientide arv. Ravikvaliteeti hinnata võimaldavate andmetega STEMI patsientidest 13,1% ei olnud teostatud ei trombolüüsi ega primaarset angioplastikat. Revaskulariseerimata patsientide osakaal 2013. aastal jäi väiksemaks kui see oli 2012. aastal (2012.a. revaskulariseerimata vastavalt 27,1% STEMI patsientidest).

2,3% selekteeritud STEMI patsientidest PKI ebaõnnestus.

Ravikvaliteedi tegelikku hindamist (primaarse PKI juhtude käsitlemist) raskendab jätkuvalt koronaarinterventsiooni protseduuride liigi ebatäpne nimetamine teatistes. Näiteks kuigi MIR teatises oli lõppdiagnoosiks märgitud STEMI, võis sama juhu puhul olla valitud koronaarangioplastika teostamine NSTEMI korral. Võimaluse korral oleme püüdnud teatiste täitjate tähelepanu juhtida vastuolulistele andmetele teatises ja sellega võib seletada ka mõningast sellist laadi vigade arvu vähenemist, kuid kahjuks pole teatised siiani sellist laadi vigadeta.

Valdavaks reperfusioonravi meetodiks nagu 2012. aastal, nii ka 2013. aastal, oli Eesti ÄMI patsientidel primaarne koronaarangioplastika.

Andmete interpreteerimisel on väga oluline esile tuua, et väga suurele osale STEMI haigetest ei rakendatud või ei olnud ajakadude tõttu enam võimalik rakendada ravijuhistes soovitatud kiiret reperfusioonravi. Joonisel toodud PKI osakaal tuleneb vaid kitsalt selekteeritud grupi teatistest ja ei anna põhjust rääkimiseks. Soovitame kvaliteetsele teemakäsitlusele suuremat tähelepanu pöörata ka Eesti Kardioloogide Seltsi interventsionaalkardioloogia ja ägedate koronaarsündroomide töögruppidel.



Joonis 13. Haigla perioodil kasutatud reperfusioonravi meetodid selekteeritud STEMI patsientidel, kellel haiglasse saabumisel oli veel kiire reperfusioonravi näidustatud (n=527 s.o. 44,7 % kõigist STEMI haigetest)

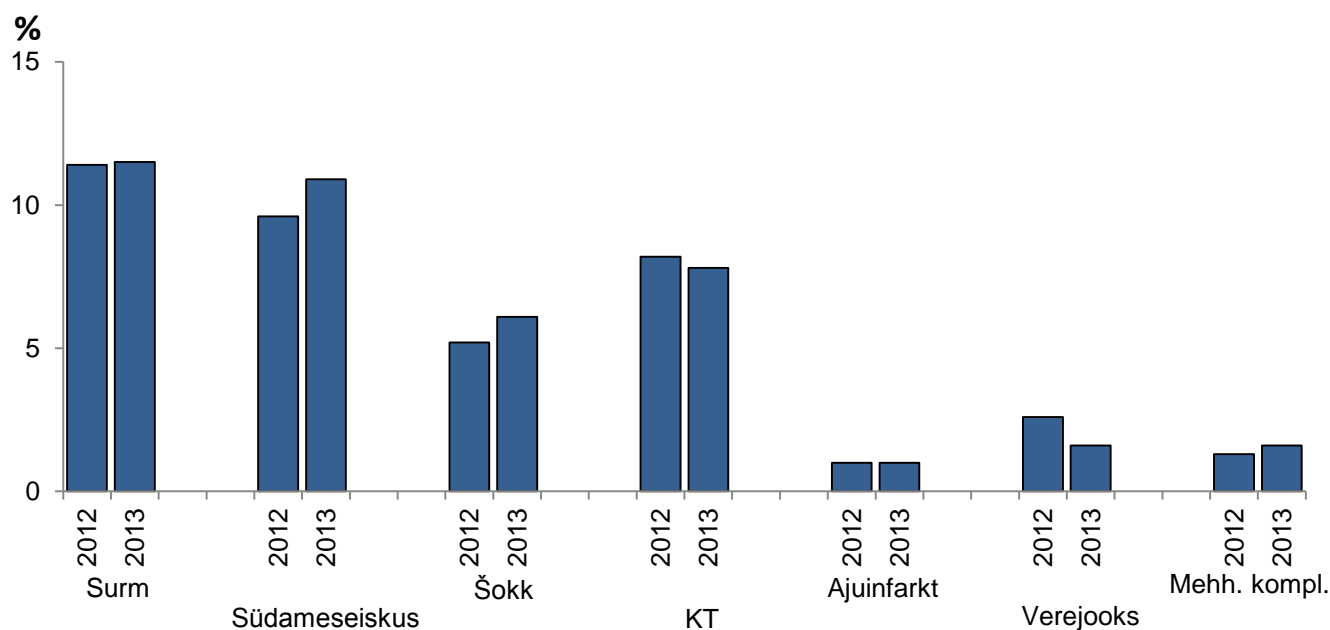
PKI – perkutaanne koronaarinterventsioon

5.4. ÄMI patsientide tüsistused haiglaperioodil

Keskmiselt viibis ÄMI patsient haiglas 9 päeva (kvartiil 5,0-10,7 päeva), mediaan 7 päeva. Haiglati esinesid olulised erinevused ÄMI patsiendi hospitaliseerimise pikkuses. Võrreldes eelmise aastaga võib märgata suurema osa (2/3) väikeste ÄMI juhtude arvuga haiglate (ÄMI juhtude arv aastas ≤ 30) puhul ÄMI patsientide üleviimise kiirenemist piirkondlikesse- ja keskhaiglatesse keskmiselt 48,5% (22,7%-84%).

ÄMI patsientide tüsistused haiglaperioodil on esitatud joonisel 14. Haiglaperioodil suri 11,5% ÄMI haigetest. Positiivseid muutusi elulemuse osas haiglaperioodil võrreldes 2012. aastaga ei saa täheldada. Teatistes dokumenteeritud haiglaperioodi mitteletaalsete tüsistuste protsent jäi 2013. aastal sarnaselt eelmisele aastale suhteliselt tagasihoidlikuks.

Kuigi teatistes teadmata märgitud tüsistuste osakaal jäi kõigi tüsistuste puhul alla 5%, äratas siiski tähelepanu võrreldes 2012. aastaga suurenenud mitteletaalsete tüsistuste teadmata vastuste protsent (näiteks kui 2012. aastal jäi tüsistuste puhul teadmata vastuste protsent 0,04% (südameseiskus) ja 1,1% vahele (mehhaanilised komplikatsioonid) ning enamike tunnuste puhul jäi alla 0,3 % piiri, siis 2013. aastal ulatus mehaaniliste komplikatsioonide puhul teadmata vastuste hulk teatistes 3,4%ni, enamike tunnuste puhul oli aga üle 1 %. Teatistes märgitud tüsistused peaksid puudutama ainult antud ravisutust ning seetõttu üldjuhul ei saa olla teadmata. Võimalik, et teadmata mehaaniliste komplikatsioonide suurenenud hulk on seotud mõningate teatiste täitjate puhul liiga kergekäelise teadmata valiku märkimisega teatistes.



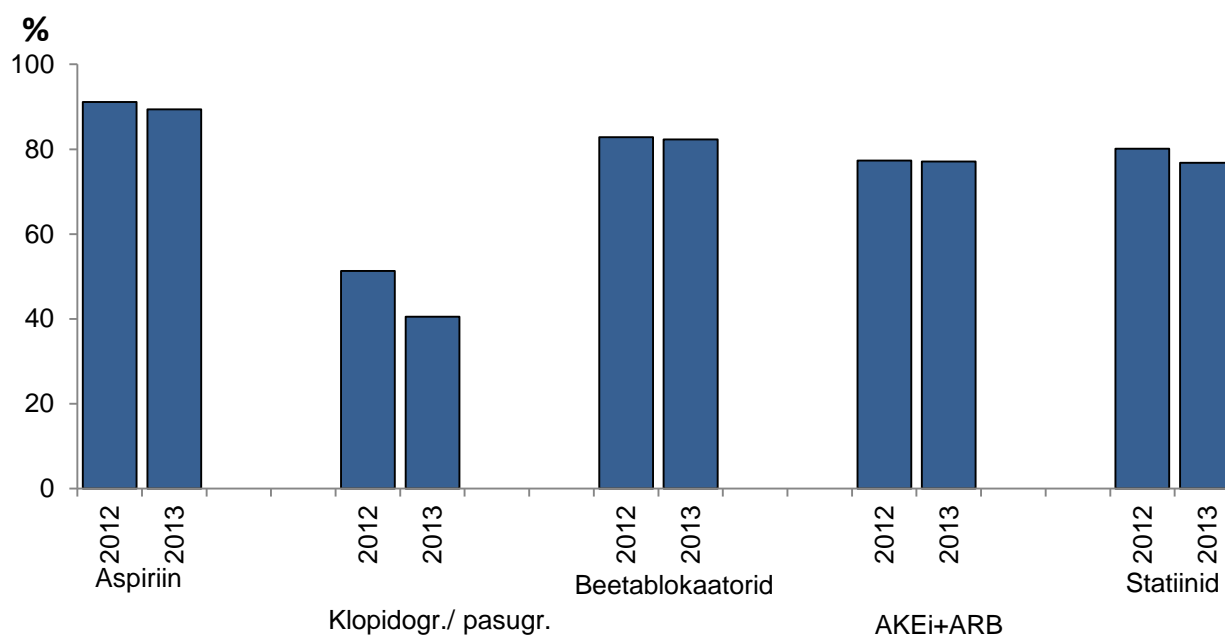
Joonis 14. ÄMI tüsistused haiglaperioodil

Šokk- kardiogeenne šokk; KT- kopsuturse; Mehh kompl – Mehhaanilised komplikatsioonid;

5.5. ÄMI patsientide ambulatoorse ravi soovitud

Alljärgnevas analüüsis ei kajastu haiglaperioodil surnud patsiendid.

ÄMI patsientidest 11,6% suunati edasiseks raviks teise raviasutusse. Joonis 16 kajastab haiglaravi järgselt ÄMI patsientidele ambulatoorseks raviks määratud ravimeid.



Joonis 15. Ravimite soovimine ambulatoorseks raviks ÄMI korral

AKEi – angiotensiin kovertseeriva ensüümi inhibiitor; ARB – angiotensiin II retseptori blokaator; Klopidoogr./prasugr. – klopidogreel/prasugreel

Võrreldes 2012. aastaga on ÄMI patsientide ambulatoorses ravis oluliselt vähenenud soovitus klopidogreeli/prasugreeli kasutamiseks (2013.a. 40,5%, vastavalt 51,3% 2012.a.), kuid samas on oluliselt suurenenud teiste antiagregantide (s.h. eelkõige tikagreloori) määramine (31,3% 2013.a., 18,9% 2012.a.). Kokkuvõttes võrreldes eelmise aastaga määrati 2013. aastal registrile esitatud teatiste andmetel ÄMI patsientidele ambulatoorseks raviks kõiki ravimeid, v.a. teisi antiagregante, pisut vähem (vastavalt 2013.a. võrreldes aastaga 2012: aspiriin 89,4% vs 91,1%; klopidogreel/prasugreel 40,5% vs 51,3%; beetablokaatorid 82,3% vs 82,8%; AKEi+ARB 77,1% vs 77,3% ja statiinid 76,8% vs 80,1%).

Kokkuvõte

Müokardiinfarktiregistrisse 2013. aastal sisestatud ÄMI andmed iseloomustavad teist aastat ÄMI käsitlust kogu Eestis. Kokku on MIR andmebaasi sisestatud andmed 2013. aasta 2558 ÄMI juhu kohta. Registrile esitas ÄMI teatise 19 Eesti haiglat.

Aastal 2013, samuti nagu 2012.a., oli valdav osa (2/3) Eesti ÄMI patsientidest mehed. ÄMI patsient oli 2013.a. keskmiselt ligi 71-aastane (meespatsient keskmiselt 67-aastane ja naispatsient 9 aastat vanem). Pisut alla poole ÄMI haigetest põdes ST-segmendi elevatsiooniga ja veidi üle poole ST-segmendi elevatsioonita müokardiinfarkti. Rohkem kui neljandik 2013. aasta ÄMI patsientidest suunati teisest raviasutusest piirkondlikku haiglasse edasiseks diagnostikaks ja raviks. 23% ÄMI juhtudest oli tegemist korduva infarktiga.

Eesti ÄMI patsiente iseloomustab jätkuvalt südameveresoonekonna haiguste riskitegurite, eelkõige arteriaalse hüpertensiooni (76,7%) ja düslipideemia (53,3%) esinemise kõrge tase. ÄMI patsientidest 69,2%-l esinesid haiglasse saabumisel tüüpilised (stenokardilised) kaebused. 11,8% ÄMI patsientidest saabus haiglasse raske südamepuudulikkuse kliiniliste tunnustega (Killip III-IV). Patsientide haiglaeelne viivitus esimese meditsiinilise kontaktini oli rohkem kui pooltel juhtudel pikem kui 2 tundi. Selline tulemus viitab jätkuvalt vajadusele teavitada elanikkonda paremini müokardiinfarktile viitavatest sümptomitest ja sellega kaasnevast vajadusest kutsuda kiiresti kiirabi. Rohkem kui 90% ÄMI patsientidest sai haiglaperioodil raviks antiagregante (sh aspiriini) ning antikoagulante; beetablokaatoreid sai 83,7%, AKEi/ARBe 80,2% ja statiinravi 73,7% patsientidest.

Selekteeritud STEMI patsientidest (patsientidest, kellel ataki aeg on teada, haiglaeelne viitus ei ületa 12 tundi ja kes pole üle toodud teisest haiglast, n=527, kokku 44,7% kõigist STEMI haigetest) rakendati 86,9% reperfusioonravi. Kahjuks (teatistes esitatud ebatäpsuste, teadmata jääva ataki aja ja peaaegu kolmandiku patsientide ületoomiste tõttu piirkondlikesse haiglatesse) ei ole võimalik enamikul 2013. aasta STEMI patsientidest hinnata adekvaatselt reperfusioonravi kvaliteeti. Sellest tulenevalt näeme jätkuvalt vajadust parandada teatistes esitatavate andmete kvaliteeti ja haiglate paremat infovahetust (k.a. patsiendi ataki aja ja haiglaeelse viivituse kohase info vahetust). Lisaks, ÄMI patsiendi haiglaeelsete viivituste vähendamine eeldab hästi korraldatud kiirabitööd ning elanikkonna paremat teavitust ÄMI sümptomite märkamiseks ja ataki korral kiiremaks abi kutsumiseks.

ÄMI patsientidest 11,5 % suri haiglaperioodil. Mitteletaalsete ÄMI tüsistuste protsent 2013 aasta ÄMI patsientide kohta esitatud teatistes püsis 2012. aastaga sarnaselt tagasihoidlik. Keskmiselt viibis ÄMI patsient haiglas 9 päeva, hospitaliseerimise mediaan oli 7 päeva. Hospitaliseerimise pikkus erines haiglata oluliselt, kuid enamiku väikeste haiglate puhul (ÄMI juhtude arv aastas ≤ 30) võis täheldada ÄMI patsientide kiiremat üleviimist piirkondlikesse-ka keskhaiglatesse.

Kokkuvõttes võib öelda, et riikliku müokardiinfarktiregistri teisel aastal on registritöö edukalt jätkunud, kuigi mitmetes haiglates tehtud IT-alased muudatused tekitasid haiglatel registri teatiste täitmisel ajutisi viivitusi. Registri teatiste täitmine on muutunud vanematele MIR infosüsteemi kasutajatele harjumuspäraseks. Registri teatiste edaspidise kvaliteedi parandamise eelduseks on eelkõige MIR teatiste aluseks olevate haiguslugude korrektsem ja põhjalikum vormistamine, mille alusel edaspidi oleks võimalik otsida IT-lahendusi, mis aitaksid vältida arstide poolt tehtavaid topeltsisestusi. Hädavajalik on seaduses ettenähtud müokardiinfarktiregistri liidestumine tervise infosüsteemiga, et motiveerida registrisse ÄMI teatise sisestavaid arste ja luua võimalus kasutada registri andmeid ÄMI patsientide ravitöös.

Nii haiglaeelse kui haiglate sisese ÄMI patsientide käsitlemise kiiruse paranemise eelduseks on haiglate tihedam koostöö ning kiirabi hea korraldus.

Loodame, et korrastatud IT võimalused ja paremaks muudetud registripõhine statistikablokk annab võimaluse teha ÄMI patsientide ravist senisest operatiivsemaid kokkuvõtteid, et kaasa aidata ÄMI patsientide ravitulemuste ja prognoosi paranemisele.